Aus der Universitäts-Hautklinik in Hamburg
Direktor: Professor Dr. Paul Mulzer

Vorkommen des Ulcus molle

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität zu Hamburg

vorgelegt von

WALTER HAUSER
aus Elzach (Baden)

Hamburg 1938

1. Berichterstatter: Professor Dr. K e i n i n g

2. Berichterstatter: Professor Dr. M u l z e r

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg

Druck: A. Preilipper, Hamburg 11, Admiralitätstraße 16. Fernruf: 36 50 89.

Das Ulcus molle nimmt unter den Geschlechtskrankheiten eine Sonderstellung ein. Während Lues und Gonorrhoe mehr oder weniger überall — in Großstädten und Industriegebieten aus leicht zu verstehenden Gründen gehäuft — vorkommen, unterliegt das Auftreten des weichen Schankers örtlichen und zeitlichen Schwankungen. Wir haben es beim Ulcus molle mit einer epidemisch auftretenden Geschlechtskrankheit zu tun, eine Tatsache, die bereits von den französischen Autoren in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts beobachtet und festgestellt wurde. Sind aus jener Zeit, die noch nichts von der Spirochaeta pallida noch von den Seroreaktionen oder von Streptobazillen etwas wußte, sondern einfach die Unterscheidung nach dem klinischen Befund und dem Krankheitsverlauf traf, die Statistiken mit einiger Vorsicht und Einschränkung zu betrachten, so zeigen trotzdem diese Aufzeichnungen das charakteristische wellenförmige Verhalten des weichen Schankers. Maurice (zitiert nach Unrasch, Diss., 1925, Leipzig) am Hopital du Midi in Paris beobachtete eine stete Abnahme der Fälle von weichem Schanker in der Zeit von 1838 bis zu Beginn des Deutsch-Französischen Krieges.

Bassereau berichtete, daß 1838 noch 30 Ulcera mollia auf ein luisches Geschwür trafen, während nach Mauriac 1860 der syphilitische Schanker etwas häufiger geworden war als das Ulcus molle. Selbst wenn, wie bereits erwähnt, die Angaben vor allem über 1838 mit gewissem Bedacht aufgenommen werden müssen, so ist bei dem schroffen Gegensatz der Zahlen immerhin doch ein Abnehmen im Laufe der Zeit bis 1870 festzustellen. Bezeichnenderweise — wir sehen das nämliche gegen Ende und nach Beendigung des Weltkrieges wieder — steigt 1871 plötzlich die Ulcus-molle-Kurve rapid an und hat ihren Höhepunkt während der zwei Belagerungen von Paris. Analog sind die Verhältnisse während der Belagerung von Przemysl im Weltkrieg, während welcher das Ulcus molle ebenfalls zu einer Epidemie aufflackerte. In Paris sinkt 1872 der weiche Schanker bereits wieder stark ab; ungefähr die Hälfte der Geschlechtskrankheiten entfällt nach Mauriac auf das Ulcus molle. — Auch in Charkow beobachtete Porai-Koschitz bereits im letzten Jahrhundert das epidemische An- und Abschwellen des Ulcus molle. 1887 berichtete er über das stetige Abnehmen in den vorhergegangenen 15 Jahren. 1885 sollen sechsmal weniger Fälle vorgekommen sein als 1879, während im Gegensatze dazu andere Geschlechtskrankheiten in lebhafter Zunahme begriffen waren.

Verfolgen wir das Verhalten des weichen Schankers während verschiedener Kriege, Revolutionen, während wirtschaftlichen Niederganges, so zeigt sich in der Literatur immer wieder ein damit parallel gehendes Ansteigen dieser Geschlechtskrankheit. Militärärzte berichten von einem Anschwellen des Ulcus molle während des Krieges von 1864 (zitiert nach Unrasch); aus dem Weltkriege sind am eindrucksvollsten die Berichte Schillers aus dem Kriegslazarett in Brüssel von den Jahren 1917/18: bedeutende Zunahme von Juni 1917 bis Ende des Krieges mit einigen Schwankungen der Kurve. Wohl zu bemerken ist, daß die epidemische Zunahme auf die Kriegsgebiete beschränkt blieb, während in der Heimat keine Zunahme in solchem Maße zu beobachten war.

Die Infektionsquellen im Falle der Brüsseler Epidemie waren in Brüssel und Umgebung zu suchen; vor allem schuldigt Schiller dafür an die schlechte Überwachung der Prostitution, begünstigt durch die mangelnde Straßenbeleuchtung. Interessanterweise hatten damals aber Lues und Gonorrhoe nur geringe Zunahme zu verzeichnen.

Ganz allgemein zeigen große Statistiken zu Beginn des Krieges ein Absinken des Ulcus molle und erst am Ende, und vor allem 1919/20, jähen Anstieg. So fiel nach Gumbert die Krankenzahl von 10% im Jahre 1914 auf 5% 1915 herab. 1919 Zunahme von 2,8% auf 11%. Analog waren die Beobachtungen in Bonn, mit einem Anstieg von 4 Fällen 1918 auf 20 Fälle 1919. Es unterliegt keinem Zweifel, daß irgendein Zusammenhang zwischen dem weichen Schanker und sozialen und hygienischen Mißständen besteht.

Kriege und ihre Folgezeit, Revolutionen und Zeiten wirtschaftlichen Zusammenbruches beweisen das. Daher vertrat Schiller die Ansicht, es handle sich hier um eine „Schmutzkrankheit", was aber später von verschiedenen Autoren an Hand der Hammerschen Kurve aus Stuttgart widerlegt wurde. Diese, geführt über 30 Jahre, zeigt 1903, 1913 und 1919 Höhepunkte. Weder 1903 noch 1913 waren Zeiten wirtschaftlichen Niederganges, sondern im Gegenteil wirtschaftlicher Blüte. Buschke schreibt daher: „Die Epidemien haben einen Zusammenhang mit dem Aufblühen der wirtschaftlichen Verhältnisse, da der gut verdienende Arbeiter sich die Teilnahme an Unterhaltungen leichter gönnen kann, mehr trinkt und solche ‚Genüsse' nicht selten beendet in den Armen der Prostituierten."

Zur Widerlegung des Begriffes der Schmutzkrankheit sind auch die Statistiken über den epidemiologischen Gegensatz von Scabies und Ulcus molle, wie sie Choroschin (Odessa) für die Nachkriegsjahre aufgestellt hat, von Interesse.

Während für eine Schmutzkrankheit ein Parallelgehen zum Steigen und Fallen der Scabies notwendig wäre, zeigt das Ulcus molle gerade ein entgegengesetztes Verhalten: In den Jahren 1919/20, Jahren größter Verschmutzung, steigt die Krätze an, wohingegen der weiche Schanker stetig abnimmt. In den folgenden Jahren bis 1928 (aus 1929 stammt die Veröffentlichung) fällt die Scabies-Kurve, ab 1925 steigt jedoch das Ulcus molle an, und nur bis 1925 wurde auch beim weichen Schanker ein Fallen festgestellt. Also von einer Verschmutzung

als Ursache des epidemischen Charakters des Ulcus molle kann keine Rede sein. Die epidemiologischen Verhältnisse liegen so kompliziert, daß es nicht möglich ist, wie bei anderen epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten eine Erklärung mit einer Ursache allein zu geben.

Während wir von anderen epidemischen Krankheiten wissen, daß sie sich von einem Infektionsherd aus zentrifugal über weite Gebiete hinwegwälzen, so wie etwa die Grippe 1918/19 von Spanien her über Europa hinwegstrich, zeigt das Ulcus molle keinen derartig faßbaren epidemiologischen Verlauf. Auffallend und für den weichen Schanker charakteristisch aber ist nur das krasse Schwanken in seiner Entwicklung. Zeigen das schon die erwähnten Beobachtungen älterer Autoren (Wagner in Straßburg, Neißer und Lipp machten ähnliche Feststellungen), so weisen auch in neuerer Zeit die Statistiken der skandinavischen Länder (Haustein), die von Frühwald und Weiler, Hofmann und Schreiber (Frankfurt a. M.), Sinani und Shapiro (Odessa) und vieler anderer nämliches auf. Manche Autoren versuchten eine Erklärung zu schaffen mit Virulenzänderungen des Erregers sowie Änderungen im Immunitätszustand der Bevölkerung. Doch sind dagegen beträchtliche Bedenken erhoben worden, da keinerlei Immunität durch die Infektion bedingt wird. Nie findet man in der Literatur Angaben über Selbstheilungen. Frei erwähnt allerdings in seinem Handbuchkapitel mehrfach Tendenz zur Spontanheilung. Das Düsseldorfer Material weist verschiedentlich auf ein Stationärwerden der Ulcera bzw. die Entwicklung einer örtlichen Avirulenz in manchen Fällen. Es wird auch berichtet von einem Fall mit großen Geschwüren ohne Spontanheilungstendenz, die aber auch nicht größer wurden. Mehrfache Autoinokulationen beweisen, daß Erreger in langer Zeit ihre Virulenz, selbst bei gleichem Individuum, nicht eingebüßt hatten.

Das Ulcus molle hat gegenüber den anderen kontagiösen epidemischen Krankheiten Besonderheiten, die aber für seine Epidemiologie bestimmend sind. Auffallend bei allen Statistiken ist die geringe Zahl von Frauen, die befallen sind. Blaschko hat für Berlin ein Verhältnis Frauen zu Männer = 1 : 5,2 festgestellt, doch ist dies regionär verschieden, wie wir später bei Besprechung der Hamburger epidemiologischen Verhältnisse noch sehen werden. Immerhin, fast überall überwiegen die männlichen Erkrankten. Dagegen finden sich bei einer Anzahl gesunder Frauen Streptobazillen, die also keine Erscheinungen verursachen und die betreffenden Frauen als Keimträgerinnen zu Quellen der Infektion machen. Es ist daher selbstverständlich, daß nur Frauen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, also öffentliche und geheime Prostituierte, als Infektionsherd in Frage kommen. Das Ansteigen der Epidemie ist also bedingt durch die schnelle, unbemerkte Infektion.

Ist der Kundenkreis einer Prostituierten durchseucht, dann ist die Weiterverbreitung aus betreffender Infektionsquelle gering, da die Ansteckungsmöglichkeit bei der Prostituierten nicht unbekannt bleibt und schließlich zur Eliminierung derselben führt. Die Epidemie geht demnach parallel zur Zahl der jeweils vorhandenen geheimen Infektionsquellen. Da es in Großstädten unmöglich ist, diese festzustellen, so

gehen hier die Kurven meist nicht ganz herab. Je besser aber die Überwachung der Prostitution ist, um so weniger Infektionsquellen. Aus Straßburg liegen Berichte vor über eine kleine Epidemie 1935. Verfasser weisen darauf hin, daß infolge strenger hygienischer Überwachung in den Beratungsstellen am Rhein der weiche Schanker zur Seltenheit geworden war. Vom 19. 11. 35 an wurden nun innerhalb 6 Wochen 14 Fälle in Straßburg und Umgebung infiziert, und zwar sämtlich von heimlichen Prostituierten. Untersuchungen der öffentlichen Prostituierten ergaben kein Vorhandensein von Ulcus molle.

Chiale in Mailand berichtet ebenfalls von einer Epidemie in der zweiten Hälfte von 1934 und in den ersten Monaten des Jahres 1935. Wenige Patientinnen. Keine Beziehung der Ulcus-molle-Kurve zu Gonorrhoe und Lues. Infektionsquelle: ebenfalls geheimes Dirnentum, in diesem Falle handelte es sich um weibliche Gasthofbedienstete aus Como.

Gleichlautende Angaben wurden in der 2. Seziona Piemontese (Turin 1935) gemacht von Scaglione (Turin), der die Zunahme der ab- und zuziehenden Volksteile und der geheimen Prostitution als Ursache für den deutlichen Anstieg des Ulcus molle im Anfang 1935 im Ambulatorium des Krankenhauses San Lazzaro feststellte. In gleicher Sitzung berichtet Gallia, daß bei der kontrollierten Prostitution kein Fall von Ulcus molle festzustellen war. Gleichlautend äußerten sich Rasero und Midana. Letzterer wies ebenfalls auf die Bazillenträgerinnen als Ansteckungsquelle hin. Schon die Tatsache, daß die geheime Prostitution nicht so erfaßbar und kontrollierbar ist wie die öffentliche, deutet darauf hin, daß die geheime Prostitution zwar der Weg — vor allem bei unseren hygienischen Verhältnisse — ist, auf dem die Epidemie sich entwickelt und vorwärtsschreitet, daß sie aber nicht die Alleinursache sein kann, denn wie wäre es sonst zu erklären, daß, trotz dieser Tatsache, es Städte, ja Großstädte gibt, die jahrelang keinen einzigen Fall von Ulcus molle aufwiesen!

Einen guten Überblick über das Auftreten des weichen Schankers, vornehmlich in Deutschland, seine regionäre und quantitative Verteilung geben die Umfragen an deutsche Kliniken, welche vom Virchow-Krankenhaus in Berlin im Jahre 1928 ergingen:

„In Württemberg wurden in Klinik und Praxis in den Jahren 1924 bis 1926 kein Ulcus molle festgestellt."

In München: „Von Vermehrung kann keine Rede sein."

In Nürnberg im letzten Jahre ein Fall, der sich in Frankreich infiziert hatte.

Baden: „Im letzten Jahre nur einige Ulcus-molle-Patienten, die die Krankheit aus Norddeutschland mitgebracht hatten."

Frankfurt a. M., Wildungen, Kassel wiesen im letzten Jahr 7, vorher nur 1 Fall auf. Hier also leichte Zunahme, sonst in ganz Süddeutschland bis 1928 eine praktisch nicht auftretende Erkrankung.

Erst die Jahre 1930/31 bringen auch für München leichten Anstieg, und 1931/32 nimmt das Ulcus molle in Stuttgart den Charakter einer Epidemie an mit insgesamt 169 Fällen, die im Laufe von August 1930 bis Februar 1932 auftraten.

Die Beantwortung dieser Umfragen ergibt für die meisten Städte

Westfalens bis 1928 ein völliges Fehlen des weichen Schankers in Krankenhäusern und Praxis. Gleiches gilt für Mecklenburg.

Vermehrung der Fälle weisen dagegen Dortmund auf, wo, wie berichtet wird, früher das Ulcus molle sehr selten war. Schwache Zunahme verzeichnet 1927/28 Ostpreußen (nach Scholz ebenso 1929).

Bremen: Anstieg aller Geschlechtskrankheiten von 331 für 1927 auf 424 im Jahre 1928. Das Ulcus molle von 21 Fällen aber nur auf 24 Fälle.

In Halle und Chemnitz wurden fast keine Ulcera mollia gesehen. Magdeburg zeigt sogar Abnahme, Frankfurt a. d. O. sogar von 33 Fällen im Jahre 1927 auf 1 Fall 1928!

In Schlesien ist Breslau vom Anstieg am wenigsten betroffen. Die einzelnen Fälle, welche dort behandelt wurden, hatten sich anderorts infiziert (Dortmund, Dresden, Gleiwitz).

Gleiwitz zeigte auch starken Anstieg: 1927 2 Fälle, 1928 25 Fälle.

Hamburg: 1927 27 Fälle, 1928 40 Fälle (Wichmann).

Altona: 1927 8 Fälle, 1928 61 Fälle.

Von Interesse sind auch die Verhältnisse in anderen, uns zum Teil benachbarten Staaten:

Zürich (Bloch): 1927 5 Fälle, 1928 4 Fälle. Infiziert sämtlich in Frankreich.

Basel (Lutz): „Ulcus molle kommt in Basel originär überhaupt nicht vor."

Sofia: 19 Fälle im Jahre 1927, 27 Fälle 1928.

Athen: Im Jahre 1927 waren unter 9927 Patienten 450 Ulcus-molle-Fälle. Leider liegen hierfür keine Vergleichszahlen von anderen Jahren vor. Immerhin ist doch ein gehäuftes Vorkommen damit festgestellt.

Am stärksten von allen deutschen Städten war 1928 Berlin von der Ulcus-molle-Epidemie heimgesucht. Die Statistik vom Rudolf-Virchow-Krankenhaus zeigt deutlich das An- und Abschwellen, wie es für den weichen Schanker charakteristisch ist:

1920	201 Fälle	1925	61 Fälle
1921	117 „	1926	107 „
1922	98 „	1927	161 „
1923	113 „	1928	240 „
1924	96 „		

Somit ergeben sich Höhepunkte für die Jahre 1920, 1923 sowie 1928. Entsprechende Zahlenverhältnisse finden sich auch bei vielen Statistiken anderer Städte wieder, wenn schließlich auch die eine oder andere Zacke nicht so ausgeprägt ist oder selbst zeitlich etwas früher oder später liegt.

Auch Hamburg (Eppendorf) zeigt, wie ich feststellen konnte, 1923 einen Höhepunkt und abermals 1930. In Hannover zeigen sich ebenfalls nach dem Kriege (1919/20) und 1923 Gipfelpunkte.

Die erwähnten Rundfragen ergeben ein fast völliges Fehlen in Süddeutschland und Mecklenburg, geringe Zahl von Fällen in Ostpreußen, Teilen des Rheinlandes, mehr oder weniger große Zunahmen

in Berlin, Hamburg, Altona, Oberschlesien, Dessau (die Fälle hatten sich in Berlin infiziert!), Bremen usw.

Einen Überblick über Häufigkeit und Vorkommen des Ulcus molle in den auf den Weltkrieg folgenden Jahren in anderen Staaten geben uns eine Anzahl ausländischer Autoren:

Straßburg (Pautrier): Akme 1920. Dann ständiger Abfall ungefähr parallel der Lues. Beachtlich ist, daß zu dieser Zeit Frauen mehr befallen sind als Männer, im Gegensatz zu früher (ein analoges Verhalten zeigt sich 1921 und 1922 in München mit ebenfalls mehr weiblichen als männlichen Patienten). Pautrier bringt das Ansteigen mit der Demobilmachung in Zusammenhang.

Bordeaux: Anstieg von 1919 bis 1920; plötzlicher Abfall im Jahre 1922; dann wieder geringer Anstieg, um auf dieser Höhe bis 1927 zu bleiben.

Odessa (Sinari und Shapiro): Zwei Anstiege, 1917 und 1925, beobachtet.

Prag (Kreibich und Samberger): Langsamer Anstieg gegen 1916; dann Abfall; wieder Anstieg 1920; abermals Abfall; 1925 erneuter Höhepunkt.

Wien (Scherber): Rückgang 1923 und 1924; Anstieg 1925.

Budapest (Pasztay): In den letzten drei Vorkriegsjahren Zunahme; im ersten Kriegsjahr starke Senkung (analog sind die oben erwähnten Angaben von Gumbert); 1916/19 Erhöhung. Dann wieder bis 1921 Senkung; 1923 abermals neuer Anstieg; hierauf Abfallen von 1924 bis 1929. 1930 nochmals ein Gipfelpunkt, so daß von einer Epidemie gesprochen werden kann.

Stockholm (Marcus): Im Jahre 1919 rapider Anstieg auf 3327 Fälle; dann steiler Abfall, so daß 1926 nur noch 206 Fälle in Schweden gezählt werden. Dieser Rückgang in Schweden geht parallel mit dem Zurückgehen der Geschlechtskrankheiten.

Helsingfors: 1917 Akme; dann langsam abfallend; Wiederanschwellen in den Jahren 1923 bis 1926 bis zur Höhe von 1919.

Amsterdam: Analoges Verhalten zur Lues I.

Belgrad (Gjorgjevic): 172 Fälle im Jahre 1922, 606 Fälle im Jahre 1926; Verdreifachung der Fälle seit dem Vorjahr.

Triest: Analoge Verhältnisse.

Leningrad (Kargin): Ulcus-molle-Epidemie 1929 in den Militärgruppen der Leningrader Garnison. Für die Jahre 1928 und 1929 stellte Kargin eine gewisse Parallelität mit Lues fest. Ab 1930 aber nimmt die Lues gegenüber dem weichen Schanker stark zu.

Charkow:	1923 . .	88	Fälle	oder	6,8%	aller Geschlechtskrankheiten
	1924 . .	57	„	„	8,9%	„ „
	1925 . .	165	„	„	34,8%	„ „
	1926 . .	164	„	„	22,9%	„ „

Also 1925 und 1926 Höhepunkte.

Bei dem Überblick des aufgeführten Materials sieht man zwar eine oft auffallende Ähnlichkeit im Zu- und Abnehmen des Ulcus molle, es wird aber keineswegs ersichtlich eine zentrifugale Ausbreitung der

Krankheit von einem bestimmten geographischen Ursprungsherde aus, wie dies für andere epidemische Infektionskrankheiten gilt. Dennoch aber ist es wohl so, daß die Epidemien der Nachkriegsjahre im wesentlichen von Osten oder Südosten Europas ihren Ausgang, zum Teile wenigstens, genommen haben. Im Anschluß an einen Anstieg der Kurve in Prag im Jahre 1925 weist Wien ebenfalls eine erhebliche Vermehrung seiner Fälle auf. Auch scheint ein Zusammenhang der Prager Endemie zu der gleichzeitigen Vervielfachung der Fälle in Triest zu bestehen. Eine Verschleppung des Ulcus molle aus Rußland nach Prag, Wien oder nach dem übrigen Europa erscheint jedoch bei der Gleichzeitigkeit der Zunahme und bei der Abriegelung Rußlands zum mindesten als sehr unwahrscheinlich. Im Gegensatz zu dem raschen Aufflackern der Epidemien in Südosteuropa stehen die Hafenstädte des Nordens, welche bloß allmählich zunehmende Zahlen in den Jahren 1924 bis 1926 aufzuweisen haben: Amsterdam, Helsingfors, Stettin usw.

Berlin erreicht langsam ansteigend erst 1928 den Höhepunkt. In Hamburg tritt erst 1929 und 1930 die Epidemie voll auf, um dann wieder nach einem mäßigen Absturz in gering schwankenden Zahlen sich zu halten.

Einige Monate nach dem Aufflackern des weichen Schankers in Berlin schießt im Westen Deutschlands die Epidemie auf: Düsseldorf zeigt einen rapiden Anstieg im September und Oktober 1928 und erreicht eine Höhe, wie in der Nachkriegszeit sie kaum vorhanden war. Erst seit Juni 1930 klingt die Epidemie ab. Duisburg, weniger Köln, zeigen ähnliches Zunehmen 1928. Zur gleichen Zeit hat auch Altona einen Anstieg. — An der böhmischen Grenze nimmt, anscheinend durch Einschleppung aus der Tschechoslowakei, die Morbidität zu in Gleiwitz, Reichenbach wie auch in Dresden. In ähnlich gelegenen Großstädten, wie Leipzig, Chemnitz, Breslau usw., wie auch in ganz Süddeutschland und in nicht zu geringen Gebieten Mittel- und Norddeutschlands ist von Zunahme des weichen Schankers aber keine Rede.

Die Ursache dafür läßt sich nicht voll und ganz erklären. Genau so verhält es sich mit dem Abnehmen der Fälle.

Bei Infektionskrankheiten, welche eine Immunität im Gefolge aufzuweisen haben, spielt der Begriff der Durchseuchung der Bevölkerung eine entscheidende Rolle für den wellenförmigen Charakter der Epidemien (Wellen zweiter Ordnung nach Gottsteiner). Beim Ulcus molle nimmt die Zunahme der Fälle ab durch Verminderung der Keimträgerinnen, die im Laufe der Epidemie erkannt und aus ihrem Wirkungsbereich gezogen werden. Von einem Erlöschen der Epidemie kann daher nach Ansicht verschiedener Autoren erst die Rede sein, wenn alle infizierten Frauen, also auch die Keimträgerinnen, entfernt worden sind. Mit einem Zurückgehen der Prostitution erklärt Spindler das Abnehmen des Ulcus molle.

Immerhin ist auch damit nicht eine völlige Aufklärung der Gesetzmäßigkeit gegeben, nach welcher der Verlauf einer Epidemie zu erfolgen hätte. Es lassen sich damit vor allem auch nicht die jahreszeitlichen Schwankungen begründen, welche nach zahlreichen Forschern sich mit einem Maximum im ersten und vierten Quartal zeigen. So

sind in Charkow in zwei Jahren Maxima im Dezember; in je einem Jahr der Statistik von 1923 bis 1926 im August und Oktober. Minima liegen in zwei Jahren im Mai; in je einem Jahr einmal im März und April.

Pasztay (Budapest) findet in seiner großen Statistik, welche sich auf die Jahre 1911 bis 1930 erstreckt, ebenfalls die Herbst- und Wintermonate am stärksten betroffen, während Februar, April und Mai geringste Zahlen aufweisen (bei der Epidemie von 1930). In den Statistiken des Virchow-Krankenhauses in Berlin ist ebenfalls die Winter- und Frühjahrsmorbidität am größten. Desgleichen bei Chiale (Mailand).

In Düsseldorf sind 1928 und 1929 die Gipelpunkte im Oktober und November. Ähnliche Feststellungen bezüglich der Monate teilt auch Frenkel mit. In München zeigen die Infektionen ebenfalls Häufungen im ersten Vierteljahr und in den Monaten September und Oktober. Minimum im Sommer (zitiert nach Neuner, Diss., München 1932). Im Gegensatz zu diesen Feststellungen hat eine Reihe von Autoren Sommergipfel feststellen können: Die Italiener Tommasoli und Mastrosimose; ferner Gjorgjevic in Belgrad und Samberger in Prag; schließlich Benjamowitsch, der an der zweiten Moskauer Venerol. Dispensaire die Monate Juni bis Dezember als am meisten befallen fand.

Unsere Hamburger Beobachtungen erstrecken sich auf rund 15 Jahre. Es waren dabei im Winter 6mal, im Frühjahr 6mal und im Herbst 4mal Höhepunkte. Außerdem weisen unsere Statistiken 2 Sommergipfel auf.

Erwähnen möchte ich noch, daß die Stuttgarter Epidemie im Jahre 1931 ebenfalls ihre höchste Frequenz in der Zeit von April bis Juli hatte (zitiert nach Pitzk, Diss., Tübingen 1932).

Rückblickend zeigt sich uns somit das Ulcus molle verschieden in seinem Verhalten auch hinsichtlich seiner monatlichen Häufigkeit, jedoch überwiegen in den meisten Fällen die Wintermonate. Als Begründung hierfür wurde die zunehmende Arbeitslosigkeit in dieser Zeit geltend gemacht, zudem die in die Frühjahrszeit fallenden Lustbarkeiten, wie Fasching usw.

Haustein hat auf Grund seiner Beobachtungen gefunden, daß „wirtschaftliche Maxima und Minima auffallend genau zusammenfallen mit denen der Kurve der Geschlechtskrankheiten, so daß die Abhängigkeit der beiden voneinander unzweifelhaft daraus hervorgeht".

Wirtschaftliche Maxima und Minima bestimmen im wesentlichen sowohl den Verlauf der Ulcus-molle-Kurve über Jahre hinweg in großen Zügen (vergleiche die Hammer-Kurve, Stuttgart) als anscheinend auch die jahreszeitlichen Schwankungen.

Im großen und ganzen befällt der weiche Schanker, wie die anderen Geschlechtskrankheiten auch, vornehmlich jüngeres Alter. Nach Elman waren in den Jahren 1917 bis 1935 im mittleren Wolgagebiet Leute von 20 bis 30 Jahren vorwiegend betroffen. Benjamowitsch und Rossijanskaja fanden in Moskau männliche Patienten meist im Alter von ebenfalls 20 bis 30 Jahren, weibliche von 15 bis 30 Jahren.

Die statistischen Beobachtungen von Watanabe, Shigaya und Toru

Hirano (Keio-Gijuku-Universität) ergeben für die letzten 15 Jahre eine Bevorzugung des 21. bis 30. Lebensjahres.

Das Düsseldorfer Material weist das 20. bis 25. Jahr als am meisten befallen auf.

In München: 21. bis 25. Jahr (nach Neuner).

Unsere Ergebnisse in Hamburg-Eppendorf sind: Von 306 Fällen der letzten Jahre

139	im	Alter	zwischen	20	und	25	Jahren
74	„	„	„	25	„	30	„
53	„	„	„	30	„	64	„
40	„	„	„	14	„	20	„

Es überwiegen also die zwanziger Jahre und davon wieder ist die erste Hälfte rund doppelt so stark betroffen wie die zweite.

Interessant sind auch die Feststellungen der berufsmäßigen Zusammensetzung der Patienten, wobei allerdings bedacht werden muß, daß die klinischen und poliklinischen Statistiken im allgemeinen doch nur die breiteren Volksschichten erfassen, wohingegen ein sicherlich auch beträchtlicher Teil der verschiedensten Berufsstände auf den Privatarzt entfällt. Bei den Münchener Statistiken (nach Neuner) stehen bei den Männern (203 Fälle) an erster Stelle die Arbeiter (61 Fälle), dann folgen Handwerker (48 Fälle), Gewerbetreibende (29 Fälle), Hausangestellte (16 Fälle) usw. Bei den Frauen (149 Fälle) sind die Hausangestellten am meisten betroffen (74 Fälle), dann Arbeiterinnen (20 Fälle), Näherinnen (11 Fälle), Kellnerinnen 9 und Prostituierte 7 Fälle.

Während hier auffallend wenig öffentlich Prostituierte vertreten sind, zeigen die Aufstellungen für Charkow gerade das Gegenteil: 78,9% der Patienten wurden durch öffentliche Dirnen infiziert.

Bei der Stuttgarter Epidemie 1931/32 waren von der weiblichen Gesamtkrankenzahl 95% Prostituierte.

Was Hamburg anlangt, so bestehen hier, entsprechend seiner besonderen Lage als See- und Weltstadt, eigene Verhältnisse. So waren an der Dermatologischen Abteilung in Eppendorf im Laufe der letzten drei Jahre von den Ulcus-molle-Patienten 30 Seeleute, 4 Lagerarbeiter, 8 Arbeiter und aus sonstigen unteren und mittleren Berufsklassen.

Nicht nur in seinem Auftreten und Verschwinden ist der weiche Schanker regionär und zeitlich verschieden, sondern auch in seinem Krankheitsverlauf zeigt er in den einzelnen Ländern und Gegenden Variationen. So sinkt bei den Münchener Statistiken die Prozentzahl der Bubonen von 28,8% im Jahre 1919 auf 9,1% im Jahre 1924. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Ulcera mixta von 38 Fällen auf einen Fall; 1925 zeigen sich wieder 33,3% Bubonen; 1930, nachdem 4 Jahre das Ulcus molle praktisch verschwunden war, sind 22,2% Bubonen gezählt worden, also Schwankungen in größten Breiten.

Bei der Stuttgarter Epidemie 1931/32 kam es bei 33% der weiblichen Patienten zu Bubonenbildung, bei den Männern zu 59% der Gesamtfälle.

Gräßner (St. Georg, Hamburg) findet in der Zeit von 1927 bis 1931 58% Bubonen.

In Eppendorf konnten wir feststellen:

1927	von	37	Fällen	18	Bubonen	=	49,4%
1928	„	38	„	22	„	=	57,9%
1929	„	41	„	20	„	=	48,8%
1930	„	64	„	24	„	=	37,5%
1931	„	41	„	20	„	=	48,8%
1932	„	24	„	4	„	=	16,7%
1933	„	24	„	8	„	=	33,3%
1934	„	17	„	6	„	=	35,3%
1935	„	27	„	15	„	=	55,6%
1936	„	23	„	10	„	=	44 %

Im Auslande schwanken die Zahlen für die Bubonenbeteiligung ebenfalls. Jordan (Moskau) zählt bei Männern 26%, bei Frauen 16%; Benjamowitsch bei Männern 22,6%, bei Frauen jedoch nur 8,9%. Von Mailand berichtet Chiale, daß in der Dispensario celtico communale in den Jahren 1927/34 insgesamt 1118 männliche Fälle von Ulcus molle vorkamen, davon 142 mit Bubonen, und nur 61 Frauen, ohne auch nur einen einzigen Bubo.

Im allgemeinen überschreitet also die Bubonenbeteiligung nur selten 50%. Auffallend ist dabei, daß höhere Prozentzahlen jedoch in Hamburg an zwei verschiedenen Krankenhäusern getrennt festgestellt werden konnten. Aber auch hier in Eppendorf sind es nur zwei Jahre, die so hohe Prozentzahlen über 50 aufweisen. Drei Jahre kommen nahe an 50% heran, während die restlichen fünf Jahre unserer Aufstellung wesentlich darunter liegen.

Ein Vergleich der Ulcus-molle-Bewegungen mit den anderen Geschlechtskrankheiten ist allenthalben in der Literatur herausgestellt worden.

Der Krieg an der Westfront zeigte seit Ende 1917 ein immer stärkeres Hervortreten des weichen Schankers gegenüber den anderen Geschlechtskrankheiten: Blaschko stellte bei einer Armee folgende prozentuale Beteiligung fest: August, September, Oktober 1917 2,5%, November 1917 8%, Dezember 1917 12%, Januar 1918 13,6%.

Bei der schon eingangs erwähnten Brüsseler Epidemie 1918 fiel bereits auf, daß Gonorrhoe und Lues damals gleichzeitig nur eine unwesentliche Zunahme zu verzeichnen hatten.

Hanow (Virchow-Krankenhaus, Berlin) findet folgende Gegensätzlichkeit zwischen dem weichen Schanker und der Lues:

1926:	66	männliche,	13	weibliche	Fälle	v.	ulc.	m.	—	Lues:	90 Fälle
1927:	87	„	10	„	„	„	„	„	—	„	151 „
1928:	156	„	36	„	„	„	„	„	—	„	66 „

Während 1928 der weiche Schanker zunimmt, gehen die zur Aufnahme gelangten Fälle von Syphilis ganz erheblich zurück. War 1927 das Verhältnis Lues : Ulcus molle wie ungefähr 2 : 1, so verschob sich in den letzten Monaten vor 1928 das Verhältnis auf rund 1 : 4, also zugunsten des Ulcus molle.

Umgekehrt liegen zur gleichen Zeit die Verhältnisse in Leipzig (Rille):

1927 waren von 845 männlichen	Geschlechtskranken	32	Fälle	Ulc.	mollia
und von 432 weiblichen	„	9	„	„	„
1928 von 857 männlichen	„	nur 13	„	„	„
und von 504 weiblichen	„	11	„	„	„

demnach sanken, trotz Zunahme der Geschlechtskrankheiten, die Fälle von weichem Schanker von 3,8% auf 1,5% bei den Männern. Die weiblichen Fälle zeigen parallele Zunahme zur Lues.

Düsseldorf weist auf ein Gleichbleiben der Gonorrhoe und Syphilis im Gegensatz zur Bewegung des Ulcus molle. Chiale (Mailand) findet keine Beziehung der Kurve des weichen Schankers zu Gonorrhoe und Lues.

Charkow wieder zeigt in den Jahren 1923 bis 1925 eine prozentuale Zunahme des Ulcus molle, bezogen auf die Gesamtzahl der anderen Geschlechtskrankheiten, und zwar einen Anstieg von 6,8% auf 34,8%. —

Pasztay (Ungarn) stellt bei der Lues leichte Schwankungen fest: bis 1929 Abnahme, von 1930 an Zunahme.

Das Ulcus molle senkt sich ebenfalls von 1924 bis 1929, um 1930 plötzlich epidemisch anzusteigen. Hier also ungefähr paralleler Verlauf.

Desgleichen weist Pautrier auf ziemlich parallelen Verlauf der Ulcus-molle-Kurve mit der der Lues in Straßburg hin.

Kargin (Leningrad) berichtet bei seinen statistischen Erhebungen vom 1. 4. 1928 bis 1. 4. 1931 von einem gewissen Parallelismus zwischen Lues und Ulcus molle in den ersten Jahren, wohingegen ab 1930 die Syphilis gegenüber dem weichen Schanker wieder stark zunimmt, während letzterer abfällt:

vom	1. 10. 1929	bis	1. 4. 1930	. . .	38	Fälle	von	Ulcus molle
„	1. 4. 1930	„	1. 10. 1930	. . .	28	„	„	„ „
„	1. 10. 1930	„	1. 4. 1931	. . .	25	„	„	„ „

Das Vergleichen von Zahlen vor und nach dem Krieg zeigt ebenfalls eine nicht direkte Abhängigkeit des weichen Schankers von der Frequenz anderer Geschlechtskrankheiten. Als Beispiel Hannover:

1913 . Männer:	192	Fälle	von	Ulcera	mollia	und	256	Fälle	von	Lues
1919 . „	166	„	„	„	„	„	332	„	„	„
1913 . Frauen:	20	„	„	„	„	„	83	„	„	„
1919 . „	34	„	„	„	„	„	284	„	„	„

Hier zeigt sich auch eine Verschiebung in der Beteiligung der Geschlechter vor und nach dem Kriege. 1913 waren vom Ulcus molle mehr Männer betroffen als im Jahre 1919.

Bei den Frauen gerade umgekehrte Verhältnisse. Bei diesen zeigt sich auch bei der frischen Lues, und zwar in noch stärkerem Maße, eine Zunahme (83 : 284).

Markus (Stockholm) weist auf das Zurückgehen der Ulcera mollia

entsprechend dem Rückgang der Geschlechtskrankheiten in Schweden seit Beginn des letzten Jahrzehntes hin: Parallelität zur Lues seit 1923.

Bei den angeführten Fällen zeigt sich großenteils eine Gleichartigkeit der Bewegungen aller Geschlechtskrankheiten, doch zeigen einige Ulcus-molle-Epidemien eine auffallende Unabhängigkeit von der Zu- oder Abnahme vornehmlich der Lues.

Was das gleichzeitige Vorkommen von Geschlechtskrankheiten bei den einzelnen Patienten anlangt, so ist der weiche Schanker nach Gräßner bei Frauen häufiger mit Gonorrhoe, Lues oder mit beiden zusammen vergesellschaftet als beim Manne.

So hatten z. B. im Krankenhaus St. Georg in Hamburg im Jahre

1929	von	222	männl.	Ulc.	moll.	Fälle	gleichzeitig	18	Go.	und	27	Lues
1930	„	137	„	„	„	„	„	12	„	„	17	„
1931	„	53	„	„	„	„	„	3	„	„	5	„
1929	„	20	weibl.	„	„	„	„	5	„	„	3	„
1930	„	9	„	„	„	„	„	3	„	„	—	„
1931	„	6	„	„	„	„	„	3	„	„	2	„

Verfolgt man das Verhalten des weichen Schankers hinsichtlich seines Vorkommens und seiner Ausbreitung, vergleicht man seine Beziehungen zu anderen Geschlechtskrankheiten — von welcher Seite man auch immer diese Krankheit beleuchtet, eine strenge, exakte Gesetzmäßigkeit wird in ihrem Entwicklungslauf nicht ersichtlich. Bei der einen Epidemie sind bestimmte Faktoren von Bedeutung, welche andernorts oder sogar im nämlichen Gebiete zu anderen Zeiten aber auch gar keine Rolle spielen; es entwickelt sich die Epidemie sogar in krassem Gegensatz zu solchen Bedingungen, die an und für sich das Aufflackern der Krankheit begünstigen und verständlich machen würden, bald z. B. Parallelität mit Lues, bald Gegensatz zum An- und Absteigen der anderen Geschlechtskrankheiten usw.

Es ist aber eine Tatsache, daß die Übertragung des Ulcus molle vorwiegend durch die Prostitution geschieht.

Wir haben dies bereits gesehen an den erwähnten Berichten zahlreicher Autoren (Scaglione, Chiale, Gallia, die Straßburger Autoren Roederer, Zorn und Labourgarde usw.). War es vor dem Kriege mehr die öffentliche Prostitution, so nimmt heute die geheime bei gleichzeitiger Abnahme der öffentlichen einen immer breiteren Raum ein und ist bei uns meist der Weg für die Verbreitung des Ulcus molle (nach Spindler).

Beim Studium der Literatur der letzten Jahre fällt nun auf, daß das Ulcus molle nirgends mehr in Deutschland mit besonderer Intensität in Erscheinung getreten ist. Berlin, welches, wie Prope 1933 berichtet, im Jahre 1929 im August, September und Oktober und zum letzten Male im Januar 1930 hohe Zacken aufzuweisen hatte, zeigt seit Februar 1932 keine Fälle mehr.

Löhe (Virchow-Krankenhaus, Berlin) stellt in der Dermatologischen Gesellschaft am 5. Juni 1936 die Frage, wer von den Kollegen in jüngster Zeit Ulcera mollia gesehen habe. Er selbst kann nur von 2 Fällen berichten, von welchen aber auch nur bei einem Streptobazillen nach-

gewiesen werden konnten. — Auf Löhes Anfrage hin konnte festgestellt werden, daß das Ulcus molle überall seinen Rückzug angetreten hat und praktisch verschwunden ist, mit Ausnahme von Hamburg. Hier hält sich der weiche Schanker seit Jahren mit schwankenden Zahlen.

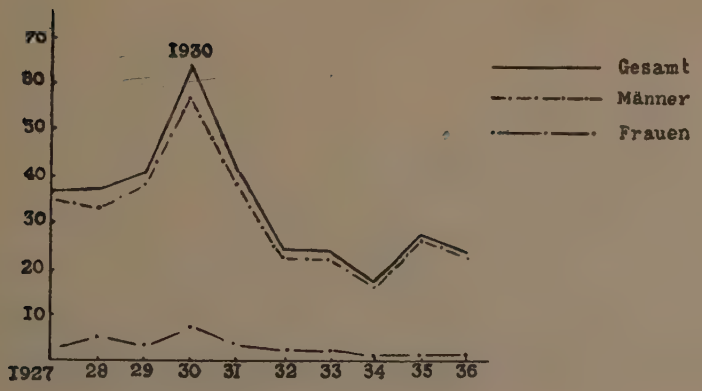
In den Nachkriegsjahren steigen die Fälle im Jahre 1923 stark an. 1924 tritt schon wieder ein Absturz ein, welcher 1925 anhält, um 1926 einen Tiefpunkt zu erreichen:

1921 (ab 1. 4.) . .	21	männliche Fälle von Ulcus molle
1922	60	„ „ „ „ „
1923	111	„ „ „ „ „
1924	50	„ „ „ „ „
1925	39	„ „ „ „ „
1926	37	„ „ „ „ „

1926 zeigt auch die Statistik vom St.-Georg-Krankenhaus (Hamburg) ihren tiefsten Patientenstand.

In den letzten 10 Jahren entwickelt sich in Eppendorf die Kurve weiter wie folgt:

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt
1927	35	2	37
1928	33	5	38
1929	38	3	41
1930	57	7	64
1931	38	3	41
1932	22	2	24
1933	22	2	24
1934	16	1	17
1935	26	1	27
1936	22	1	23
	309	27	336



Die Statistik von St. Georg, welche sich über die Jahre 1912 bis 1931 mit Ausnahme der Kriegszeit erstreckt, sei zum Vergleiche hier wiedergegeben:

Jahr	Männer	Frauen	Jahr	Männer	Frauen
1912	783	30	1925	85	3
1913	774	21	1926	47	2
1919	683	24	1927	77	7
1920	823	23	1928	158	7
1921	411	5	1929	222	20
1922	348	2	1930	137	9
1923	299	9	1931	53	6
1924	174	5			
				5074	173

Gesamt: 5247 Fälle.

Hamburg zeigt also in dem Jahr 1920 einen Anstieg gegenüber 1919, wie dies fast überall der Fall war. 1921 Absturz auf rund die Hälfte. 1923 können wir in Eppendorf einen Anstieg verzeichnen.

In den letzten 10 Jahren nimmt bei unseren statistischen Erhebungen übereinstimmend mit St. Georg (Gräßner) das Ulcus molle wieder zu, um im Jahre 1930 seinen Höhepunkt zu erlangen. St. Georg zählt hier allerdings die meisten Fälle bereits 1929, wogegen die Seemannsfürsorge (Schomburg) ebenfalls wie in Eppendorf im Jahre 1930 die meisten Fälle aufzuweisen hat:

Jahr	Gesamtzahl	Jahr	Gesamtzahl
1928	168	1930	310
1929	244	1931	218

Woher kommt es nun, daß Hamburg trotz des andernorts überall feststellbaren Verschwindens des Ulcus molle immer noch ganz beträchtliche Zahlen aufzuweisen hat?

Es fällt zunächst auf, daß die im letzten Jahrzehnt in Eppendorf zur Behandlung gelangten Frauen einen sehr geringen Anteil an der Gesamtzahl ausmachen. Hatte Blaschko für Berlin ein Verhältnis Frauen : Männer = 1 : 5,2 festgestellt, beträgt dieses Verhältnis für München im Durchschnitt 1 : 1,4 (nach Neuner), für Stuttgart 1 : 2,4 (nach Pitzk, Diss., Tübingen 1932), so haben wir in Hamburg-Eppendorf einen Gesamtdurchschnitt in den letzten 10 Jahren von 1 : 11,4, in St. Georg 1 : 13,2 für die Jahre 1927 bis 1931.

Gerade in den letzten Jahren, in denen auch anderswo der weiche Schanker verschwunden ist, wurden auffallend wenig Frauen behandelt. So 1934, 1935 und 1936 nur je 1 Fall!

Da das Ulcus molle großenteils durch Keimträgerinnen übertragen wird, ist wohl anzunehmen, daß die Zahl der manifest erkrankten Frauen einen gewissen Rückschluß auf die weitaus größere Zahl der Infizierten zuläßt. Sind also wenig Frauen erkrankt, dann ist es

auch nicht möglich, daß sich viele Männer hier infizieren, da wohl auch fast keine Keimträgerinnen vorhanden sein werden. Die Infektionsquellen müssen dann andernorts gesucht werden.

1930/31, zur Zeit der letzten höchsten Frequenz des Ulcus molle in Hamburg, konnte nun bei 44 männlichen Patienten der Infektionsort angegeben werden. Es hatten sich von den 44 Fällen laut deren Angaben infiziert:

9 in Übersee (2 in Spanien, je 1 Fall in Schweden, Kanada [Montreal], Venezuela, Rußland, Rotterdam, Shanghai [Verkehr mit Chinesin] und Venedig),
1 in Umgebung Hamburgs (Bergedorf),
1 in Königsberg i. Pr. und

33 in Hamburg (mit St. Pauli). Davon sind allein 16 Fälle in St. Pauli und 17 Fälle in Hamburg selbst angesteckt worden. Von den 17 in Hamburg Infizierten sind sicher ein guter Teil, wenn nicht fast alle, dem Hafenviertel als Ausgangspunkt der Infektion zuzuschreiben. Nahezu keiner der Patienten vermag nähere Auskunft über seine Partnerin zu geben. Meist wurde diese auf der Straße kennengelernt und meist ist der Patient am nämlichen Abend infiziert worden.

Deutlich geht aus diesen Zusammenstellungen hervor, daß nach Hamburg das Ulcus molle hereingeschleppt wird von Übersee her. Es sprechen dafür die reichliche Zahl der einmal in Übersee und der in St. Pauli und dem übrigen Hafengebiet Infizierten, es spricht dafür aber auch die geringe Beteiligung der Frauen an der Gesamtzahl der aufgenommenen Patienten.

Die Feststellung der Infektionsquellen der männlichen Patienten aus den Jahren 1934 und 1935 bekräftigen weiterhin obige Tatsache. Bestimmte Angaben konnten gemacht werden in 8 dieser Fälle. Davon steckten sich an:

4 in Übersee (je 1 Fall in Spanien, China, in einem Bordell in Bombay und in New York),
2 in St. Pauli und
2 in der näheren Umgebung Hamburgs (Wandsbek und Lokstedt),

vorwiegend also wieder die Einschleppung aus Übersee und die Infektion im Hafenviertel.

Macht man umgekehrt die Feststellung der Ansteckungsquelle bei Frauen so kommt man ebenfalls zu einem Ergebnis, welches stark für das Hereintragen der Infektion aus Übersee spricht. Von 10 Fällen aus den Jahren 1930 und 1931 waren die Partner in 7 Fällen Seeleute oder im Hafen beschäftigt (Zimmerleute usw.), in 2 Fällen fand die Infektion in der näheren Umgebung Hamburgs statt (Bad Segeberg und Billstedt); 1 Fall kann überhaupt keine genauen Angaben machen wegen häufigen Wechsels im Geschlechtsverkehr. Schließlich spricht auch noch die Sichtung der Berufe der Patienten ein Wort für die Einschleppung des weichen Schankers durch den Seeverkehr. Wie schon früher erwähnt, waren von 42 gezählten Fällen allein 30 Seeleute,

4 Lagerarbeiter und 8 Arbeiter bzw. aus anderen ähnlichen Berufsschichten.

Das Gleichbleiben der sozialen Zusammensetzung der Patienten an der Eppendorfer Dermatologischen Universitätsklinik im Laufe der Jahre berechtigt auf Grund dieser Querschnitte durch das Krankenmaterial der Jahre 1930/1931 und 1935 zu dem Schlusse, daß hier in Hamburg das Ulcus molle eine vom Auslande durch die Seeleute hereingetragene Erkrankung darstellt. Dafür spricht auch, daß in den statistischen Stichproben kein Fall von Ulcus molle erfaßt werden konnte, der vom Inneren Deutschlands aus nach Hamburg verschleppt worden wäre.

Umgekehrt ergab sich bei den Rundfragen schon 1928, daß die Fälle, welche in Baden z. B. auftraten, „aus Norddeutschland mitgebracht wurden".

SCHLUSSBETRACHTUNG.

Für einen Teil der Epidemien in Mitteleuropa scheint der Schluß berechtigt zu sein, daß dort der weiche Schanker von Osten und Südosten hereingebracht wurde (vgl. die schon erwähnten Zusammenhänge der Epidemien Prag—Wien—Triest in den Jahren 1925 und 1926). In Italien, am Balkan und weiter im Osten besteht auch heutzutage noch eine relativ hohe Morbidität. Andererseits war Süddeutschland jahrelang verschont geblieben, während das übrige Deutschland großenteils jährlich beachtliche Zahlen aufzuweisen hatte. Wenn nun seit einigen Jahren auch in diesen Gebieten das Ulcus molle erloschen ist und sich einzig und allein in Hamburg hält mit einer bescheidenen, wenn auch nicht zu übersehenden Frequenz, so kann die Ursache dafür nicht etwa liegen in einem kontinentalen Weiterwandern des weichen Schankers, sondern einzig und allein in einer Einschleppung desselben auf dem Schiffsweg eben aus diesen Ländern, in denen heute noch das Ulcus molle zu den alltäglichen Geschlechtskrankheiten gehört.

Die Richtigkeit dieser Überlegungen ist durch die statistischen Erhebungen an der Dermatologischen Universitätsklinik bewiesen und gleichzeitig durch Ermittlung der Infektionsquellen dieser Fälle der etwa mögliche Einwand widerlegt, daß es sich bei dem abweichend großen Vorkommen des Ulcus molle in Hamburg nur um einen versteckt gebliebenen Herd von Keimträgerinnen handle.

Es sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. Keining für die liebenswürdige Überlassung des Themas, Übernahme des Referats sowie Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

LITERATUR.

Benjamowitsch und *M. Rossijanskaja:* Ulcus molle nach den Materialien der 2. Moskauer Venerolog. Dispensaire. Zentr.-Bl. f. Haut- und Geschl.-Krkh., 1936, S. 55.

Bernstein: Zur Epidemiologie des Ulcus molle. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 163, S. 492 und S. 506.

Buschke: Epidemiologie der ven. Krkh. Münch. Med. Wchschr., 1927, Nr. 19, S. 795.

Buschke und *Langer:* Epidemiologie des Ulcus molle. Münch. Med. Wschr., 1927, Nr. 19, S. 795.

Buschke, Ledermann, Löwenstein: Epidemiologie des Ulcus molle. Derm. Wschr., 1929, Bd. 89, S. 1605.

Chiale, G. F.: Note sull' epidemiologia e sulla sierologia dell' ulcera venera (Bem. über Epidemiologie u. Serologie des weichen Schankers). Zbl. f. Derm. u. Syph., 1935, Bd. 51, S. 592.

Choroschin: Zur Frage über den epidemiol. Gegensatz zwischen Ulcus molle u. Scabies. (Odessa.) Derm. Wschr., Bd. 90, S. 489.

Elman, R.: Ulcus molle, seine Dynamik u. Epidemiologie. Sovet. Vestn. Venerol. (1935). Zbl., Bd. 53, 1936, S. 55.

Frei: Handbuch der Haut- u. Geschl.-Krkh. (1927).

Frenkel: Epidemiologie des Ulcus molle. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1928, Bd. 27, S. 861.

Gräßner: Statist. Zusammenstellungen über Ulcus molle. Derm. Wschr., 1933, I, S. 685 bis 688.

Gumbert: Zur Statistik des weichen Schankers, der spitzen Condylome u. der Syph. Derm. Wschr., Nr. 79, 1924, S. 852.

Haustein: Bericht. Derm. Wschr., Bd. 96, 1933, S. 504.

Hanow: Statistische u. therapeutische Beob. beim Ulcus molle. Derm. Zeitschr., 1929, Bd. 55, S. 138.

Kargin: Ulcus molle in den Militärgruppen der Leningrader Garnison in Zusammenhang mit dem Epidemieausbruch 1929. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1932, S. 262.

Löhe: Derm. Sitzung in Berlin. Derm. Wschr., 1936, Bd. 103, S. 1135.

Pasztay: Beiträge zur Statistik u. Epidemiologie des Ulcus molle. Zbl. f. Haut- und Geschl.- Krkh., 1931, S. 849.

— Beiträge zur Statistik u. Epidemiologie des Ulcus molle. Derm. Wschr., 1932, Bd. 95, S. 1835 bis 1839.

Petges und *Lecoulant:* Wechsel des weichen Schankers zwischen 1919 u. 1927. Derm. Wschr., 1929, Nr. 6, S. 218.

Prope: Zur Epidemiologie des weichen Schankers. Derm. Wschr., Bd. 96, S. 137.

Roederer, I., Zorn, R., et *Labourgarde:* Sur une petite épidemie de chancres mous survenue à Strasbourg (Kl. Epidemie in Straßburg) 1936. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1936, Bd. 54, S. 367.

Scaglione, L. (Turin): Häufigkeit der vener. Geschwüre im Ambulatorium des Krankenh. San Lazzaro im Jahre 1936. Derm. Wschr., 1936, Bd. 103, S. 1085.

Schiller: Zur Frage der Verbreitung des weichen Schankers. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 146, S. 509.

Scholz: Haut- u. Geschl.-Krkh. in Ostpreußen. Deutsche med. Wschr., 1930, Nr. 26, S. 1523.

Sinari und *Shapiro:* Epidemiologie des Ulcus molle. Derm. Wschr., 1928, Nr. 39b, S. 1543.

Sommer: Epidemiologie des Ulcus molle. Münch. med. Wschr., 1918, Nr. 42, S. 1164.

Spindler: Ulcus molle u. Emanzipation. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 154, S. 292.

Watanabe, Shigaya und *Toru Hirano:* Statist. Beob. v. Ulc. m. u. Ulc. mixt. während der letzten 15 Jahre in der derm.-urologischen Abt. der Keio-Gijuku-Universität. Zbl. f. Derm. u. Syph., 1936, Bd. 52, S. 602.

LEBENSLAUF.

Am 6. Oktober 1913 wurde ich, Walter Hauser, zu Elzach bei Freiburg i. Br. als Sohn des Apothekers Eugen Hauser geboren. In Bamberg besuchte ich ab September 1919 die Volksschule, ab Ostern 1923 die Oberrealschule, an welcher ich März 1932 die Reifeprüfung bestand. Im Mai 1932 begann ich das Studium der Medizin zu München, begab mich anschließend nach Rostock und weiterhin nach Würzburg, wo ich das Physikum im Juli 1934 ablegte. Meine klinischen Studien begann ich in Berlin, besuchte hierauf die Universitäten Königsberg i. Pr., Frankfurt a. M. Seit Sommersemester 1936 studierte ich an der Hansischen Universität zu Hamburg, wo ich im Herbst 1937 das medizinische Staatsexamen ablegte.